

(共通) 入院相談シート

記入日:

宛先医療機関

様

基本情報	ふりがな氏名	(男・女)		紹介元	病院施設名			
	生年月日	年 月 日生 ()才			連絡先	TEL:	FAX:	
	住所				担当者			
	傷病名			リハ病名		リハ起算日	/	
	転院目的	<input type="checkbox"/> 検査・治療 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> 緩和 <input type="checkbox"/> 看取り <input type="checkbox"/> レスパイト <input type="checkbox"/> その他()						
	希望病室	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 2人部屋(十善会病院) <input type="checkbox"/> 個室(昭和会病院、愛宕病院、田上病院療養はチェック不可)						
日常生活事項	1)意思の伝達 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない			治療関連事項	1)医療機器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【人工呼吸器 機種:] 【バイパップ 機種:] 【シーパップ 機種:] 【酸素吸入 L/min] 【気管切開 カニューレの種類: サイズ] * 吸引 <input type="checkbox"/> 有 [回 /] <input type="checkbox"/> 無 * インスリン <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	2)移動 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				2)感染症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査 【 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> CD () <input type="checkbox"/> ESBL) <input type="checkbox"/> その他の感染症 ()]			
	3)栄養 <input type="checkbox"/> 経口摂取 食種/形態: <input type="checkbox"/> アレルギー・禁: <input type="checkbox"/> トロミ要 <input type="checkbox"/> その他: 摂取方法: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング後自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 * 摂取量 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 7~8割 <input type="checkbox"/> 5割 <input type="checkbox"/> 2~3 <input type="checkbox"/> 数口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 内容: 注入回数: 回 水分量: 注入方法: <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> OE法 <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 【挿入部位] <input type="checkbox"/> 末梢輸液 <input type="checkbox"/> 皮下輸液				3)褥瘡 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【部位: DESIGN-R: 点 処置方法:] * マットレス <input type="checkbox"/> ウレタン <input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> 自動体交 <input type="checkbox"/> その他			
	4)排泄 <input type="checkbox"/> トイレ 【 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助] <input type="checkbox"/> 尿器 【 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助] <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ 【 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 夜間のみ] <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 腎ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門				保険関連事項	1)健康保険・公費 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 原爆(19.86) <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 福祉医療 <input type="checkbox"/> 労 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	5)麻痺 <input type="checkbox"/> 有 【部位] <input type="checkbox"/> 無			2)介護認定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 総合事業 【 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5] 【居宅事業所 【ケアマネジャー * 申請中【 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 区変 <input type="checkbox"/> 更新] 申請日 (/)				
	6)認知症 * 認知症高齢者の日常生活自立度 【 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M] * 問題行動 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 睡眠(薬剤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> その他 ()] * 検査 <input type="checkbox"/> 有 【 点数 点] <input type="checkbox"/> 無			今後の方向性	1)今後の方向性 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 本人と家族の意見が異なる <input type="checkbox"/> 決定していない <input type="checkbox"/> 施設【 <input type="checkbox"/> 申込済(施設名) <input type="checkbox"/> 申込未 <input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟予約 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	7)抑制 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 種類【 <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> ロンパース <input type="checkbox"/> 抑制帯 <input type="checkbox"/> 車椅子ベルト <input type="checkbox"/> 柵固 <input type="checkbox"/> 離床センサー 種類:] 【 <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 栄養注入時 <input type="checkbox"/> 点滴施行時 <input type="checkbox"/> 車椅子乗車]				2)家族背景 <input type="checkbox"/> キーパーソン【 続柄] 住所 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 <input type="checkbox"/> 同居【] <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> かかりつけ医【]			
			その他	* その他コミュニケーション、視力、聴力、告知状況、医療処置・点眼薬・整形外科疾患の場合はギプス・シーネの固定期間について記載をお願いします。				